



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Poczucie zdrowia mieszkańców Tychów - perspektywa demograficzna

Author: Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Citation style: Kowalczevska-Grabowska. (2019). Poczucie zdrowia mieszkańców Tychów - perspektywa demograficzna. "Pedagogika Społeczna" (2019, nr 2, s. 75-86), DOI:10.35464/1642-672X.PS.2019.2.06



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Katarzyna Kowalczevska-Grabowska

Uniwersytet Śląski w Katowicach

ORCID: 0000000293097600

DOI: <https://doi.org/10.35464/1642-672X.PS.2019.2.06>

Poczucie zdrowia mieszkańców Tychów – perspektywa demograficzna

The health awareness of Tychy residents – demographic perspectiv

ABSTRACT: It is about results of research which has been taken in 2017 among Tychy citizens. Investigations have been related to respondent's health assessment, sanitary actions as well as anti-sanitary ones. Age and education were main base for result study. Presented data are just a part of research project. The goal is to set up the Social and Pedagogical Model of Diagnosis and Participation in order to Protect and Promote Health. Conclusions taken might help to kick of practice and actions to enlarge health capability among local community.

KEYWORDS: Social pedagogy, health self-assessment, sanitary behaviors (actions), anti-sanitary behaviors (actions).

STRESZCZENIE: W artykule zaprezentowano wyniki badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Tychów w 2017 roku. Badania dotyczyły poczucia zdrowia oraz podejmowania zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych przez respondentów. Analiza wyników została przeprowadzona w odniesieniu do wieku i wykształcenia badanych. Prezentowane wyniki badań stanowią jedynie część projektu badawczego mającego na celu stworzenie Socjo-pedagogicznego Modelu Lokalnej Diagnozy i Uczestnictwa Społecznego w zakresie Ochrony i Promocji Zdrowia. Sformułowane wnioski mogą przyczynić się do praktycznego działania w obrębie pomnażania potencjału zdrowotnego lokalnych społeczności.

SŁOWA KLUCZOWE: Pedagogika społeczna, poczucie zdrowia, zachowania zdrowotne, zachowania antyzdrowotne.

Wprowadzenie

Zdrowie społeczeństwa jest rozpatrywane z perspektywy obowiązujących norm kulturowych, wartości i praktyk uznawanych za „zdrowe” lub „niezdrowe” działania (Woynarowska 2007, s. 28), co przekłada się na sytuację zdrowotną w poszczególnych państwach. Prowadzenie rzetelnej polityki zdrowotnej państwa wymaga ciągłego monitorowania kondycji zdrowotnej w celu rozpoznawania stanu zdrowia populacji, identyfikowania problemów zdrowotnych, śledzenia trendów oraz rozpoznawania zróżnicowania regionalnego, co umożliwia podejmowanie adekwatnych działań interwencyjnych. Zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa, gdyż jedynie zdrowe społeczeństwo jest w stanie tworzyć dobra materialne i kulturalne oraz osiągać społeczno-ekonomiczny dobrobyt (Głąbicka 2004, s. 155; Woynarowska 2007, s. 40), a bazą jest niewątpliwie kondycja zdrowotna mieszkańców poszczególnych miast i lokalnych społeczności.

W prowadzonych badaniach naukowych obserwowana jest rozbieżność pomiędzy wysoko deklarowaną wartością zdrowia a ogólnie niskim poziomem dbałości o nie. W badaniu *Diagnoza społeczna 2013* 64,1% respondentów na pierwszym miejscu wskazało zdrowie, podobne wyniki osiągnięto w poprzednich edycjach badania (Czapiński, Panek 2014, s. 245). Barbara Woynarowska do przyczyn tego stanu rzeczy zalicza:

- niedostatki wiedzy medycznej, które prowadzą do niewykorzystywania jej w praktyce;
- gotowość ludzi do poświęcania zdrowia dla osiągania założonych celów, np. związanych z osiąganiem kolejnych szczebli w karierze zawodowej, przy jednoczesnym poświęcaniu zdrowia i życia;
- zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli, charakteryzujące ludzi, którzy nie wierzą, że ich zdrowie zależy od nich samych;
- niskie poczucie własnej skuteczności (Woynarowska 2007, s. 71–72).

Obserwowane są również nierówności w stanie zdrowia związane z płcią, wiekiem, sytuacją społeczno-ekonomiczną czy regionalnym zróżnicowaniem, które od lat są dużym wyzwaniem dla działań podejmowanych w ramach polityki zdrowotnej, a których niwelowanie stanowi ważny element opracowywanych regulacji prawnych czy organizacyjnych.

Rozpoznając kondycję zdrowotną określonej populacji należy przeprowadzić diagnozę demograficzną, epidemiologiczną, społeczną oraz behawioralną (Andruszkiewicz, Banaszkiewicz 2008, s. 180). Wymienione rodzaje diagnoz są również niezbędne w procesie planowania i realizacji programów z zakresu promocji zdrowia.

Przeprowadzenie diagnozy demograficznej obejmuje rozpoznanie czynników demograficznych, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy stan cywilny, które pozwalają uchwycić ilościowe różnicowanie w badanej populacji. Niniejszy artykuł jest poświęcony temu zagadnieniu.

Założenia metodologiczne

Przeprowadzone badania sondażowe miały na celu poznanie opinii mieszkańców Tychów na temat ich osobistego poczucia zdrowia oraz podejmowania zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych. W toku badań podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze:

Czy i w jakim stopniu wiek warunkuje subiektywnie odczuwany stan zdrowia przez badanych?

Czy i w jakim stopniu wykształcenie warunkuje subiektywnie odczuwany stan zdrowia przez badanych?

Badania przeprowadzono techniką sondażu z zastosowaniem ankiety skierowanej drogą elektroniczną do mieszkańców w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. W tym celu został opracowany autorski *Kwestionariusz Percepcji Zdrowia i Lokalnych Inicjatyw z Obszaru Ochrony i Promocji Zdrowia* zawierający 10 pytań, z których ostanie stanowi 5-stopniową skalę Likerta (pytanie 10.1, 10.2, 10.3). Pytania 1–5 z kafeterią zamkniętą odnoszą się do subiektywnej oceny własnego zdrowia przez badanych, natomiast pytania 6–9 obejmują zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu. W pytaniu 10 poproszono ankietowanych o wyrażenie opinii w jakim stopniu zgadzają się z poniższymi stwierdzeniami:

- 10.1 Jestem przekonany o znaczeniu i wartości zdrowia. Dzięki zdrowiu jednostka i grupa może realizować swoje aspiracje / plany / dążenia;
- 10.2 Zdrowie jest zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, bo tylko zdrowe społeczeństwa są w stanie generować dobra materialne i kulturalne i dążyć do rozwoju;
- 10.3 Zdrowie jest środkiem umożliwiającym lepszą jakość życia.

Kwestionariusz zawiera również część wprowadzającą wraz z instrukcją oraz metryczkę uwzględniającą płeć, wiek, wykształcenie.

Badania zostały przeprowadzone od kwietnia do lipca 2017 roku wśród 312 dorosłych mieszkańców Tychów w wieku od 18 do 77 lat. W badaniu wzięło udział 248 kobiet (79,5%) oraz 64 mężczyzn (20,5%). Struktura wykształcenia badanych obejmowała po 3 osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (po 1%), 89 osób (28,5%) z wykształceniem średnim, 49 osób (15,7%) z wykształceniem wyższym (licencjat) oraz 168 badanych (53,8%) z wykształceniem wyższym magisterskim.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny STATISTICA i IBM SPSS.

Wyniki badań

Wiek a subiektywnie odczuwany stan zdrowia badanych

W przeprowadzonych analizach dotyczących wieku w pierwszej kolejności sprawdzono normalność rozkładu zmiennej za pomocą testu Shapiro Wilka (Stanisz 2006). Od wyników tego testu zależały zastosowane testy do weryfikacji hipotez.

Tabela 1. Wartości statystyk Shapiro-Wilka dla zmiennej wiek w podziale ze względu na pytanie 4

Zmienna	Pytanie 4					
	Nie		Tak		Ogółem	
	W	p	W	p	W	p
Wiek	0,936	0,002	0,810	0,000	0,839	0,000

Źródło: badania własne.

Ponieważ p jest mniejsze od 0,05 hipotezę zerową odrzucono na rzecz hipotezy alternatywnej czyli zmienna wiek nie ma rozkładu normalnego i skorzystano ze statystyk pozycyjnych. Wynik testu U Manna Whitneya (Stanisz 2006) wskazuje, że zależność pomiędzy wiekiem a pytaniem 4 (Czy uważa się Pan/Pani za osobę w pełni zdrową?) jest statystycznie nieistotna.

W dalszej części analizy w celu sprawdzenia zależności zastosowano:

- w przypadku zmiennej ciągłej – nieparametryczny współczynnik korelacji tau Kendalla;
- w przypadku zmiennej wielomianowej nieuporządkowanej – Test Krukskalla Wallisa (King, Minium 2009).

Poniższa tabela przedstawia wyniki zbiorcze dla wszystkich pytań:

Tabela 2. Wyniki zbiorcze dla zależności poszczególnych zmiennych

Zmienna	Wiek	Zmienna	Wiek
Pytanie 1	Tak	Pytanie 7	Nie
Pytanie 2	Nie	Pytanie 8	Nie
Pytanie 3	Nie	Pytanie 9_1	Tak

Zmienna	Wiek	Zmienna	Wiek
Pytanie 4	Nie	Pytanie 9_2	Nie
Pytanie 5	Tak	Pytanie 9_3	Nie
Pytanie 6_1	Tak	Pytanie 9_4	Nie
Pytanie 6_2	Nie	Pytanie 9_5	Nie
Pytanie 6_3	Tak	Pytanie 9_6	Nie
Pytanie 6_4	Tak	Pytanie 9_7	Nie
Pytanie 6_5	Nie	Pytanie 10_1	Nie
Pytanie 6_6	Nie	Pytanie 10_2	Nie
Pytanie 6_7	Nie	Pytanie 10_3	Nie

Źródło: badania własne.

W dalszej części szczegółowej analizie statystycznej poddano następujące zmienne:

- ocena zdrowia fizycznego (pytanie 1),
- ocena siebie w kategoriach osoby nie w pełni zdrowej/chorej/z niepełnosprawnością/ chorej z niepełnosprawnością (pytanie 5),
- uprawianie aktywności fizycznej (pytanie 6_1),
- utrzymanie higieny ciała i otoczenia (pytanie 6_3),
- dbanie o bezpieczeństwo (pytanie 6_4),
- podejmowanie zachowań ryzykownych (pytanie 9_1),
- oraz ocenę siebie jako osobę w pełni zdrową (pytanie 4).

Chcąc sprawdzić ocenę podobieństwa uporządkowań zbioru odpowiedzi (np. podobieństwo odpowiedzi pomiędzy dwoma pytaniami), przeprowadzono obliczenia, stosując współczynnik τ Kendalla. Miara ta przyjmuje wartości z przedziału $<-1, 1>$. Ujemna wartość tego współczynnika mówi o zależności przeciwnej (wzrost wartości pewnej zmiennej będzie powodować spadek wartości drugiej zmiennej). Wartość bliska -1 świadczyć będzie o bardzo dużej zależności ujemnej, a wartości bliska jedności będzie świadczyć o silnej zależności dodatniej. Jeśli wartość współczynnika korelacji jest bliska zeru, to mówimy o braku zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Następnie w celu stwierdzenia czy związek jest statystycznie istotny, tzn. czy wartość współczynnika korelacji obliczonego według wzoru statystycznie różni się od zera zweryfikowano hipotezę o istotności współczynnika korelacji. Hipoteza zerowa głosi, że wartość współczynnika jest równa zeru – czyli nie ma zależności pomiędzy zmiennymi, a alternatywna, że różni się od zera – są zależności.

Tabela 3. Wartości statystycznie istotnych współczynników korelacji tau Kendalla dla badanych par zmiennych

Para zmiennych	Tau	p
Wiek i pytanie 1	-0,12	0,001
Wiek i pytanie 6_1	-0,15	0,000
Wiek i pytanie 6_3	-0,11	0,005
Wiek i pytanie 6_4	-0,13	0,001
Wiek i pytanie 9_1	0,09	0,024

Źródło: badania własne.

Ujemne wartości współczynników korelacji tau Kendalla wskazują, że wraz ze wzrostem wieku maleją wartości badanych zmiennych, tzn. wraz ze wzrostem wieku pogarsza się stan zdrowia. Pokazuje to, że respondenci swój stan zdrowia fizycznego oceniają wraz z wiekiem coraz gorzej (pyt. 1). Nie stwierdzono podobnej zależności w przypadku oceny przez respondentów własnego zdrowia psychicznego i społecznego. Również wraz z wiekiem zmniejsza się częstotliwość uprawianej aktywności fizycznej (pyt. 6_1). Podobna zależność występuje w przypadku oceny częstotliwości dbania o higienę ciała i otoczenia (pyt. 6_3) oraz dbania o bezpieczeństwo (w domu, samochodzie, w pracy) (pyt. 6_4). W przypadku wieku i pytania 9_1 występuje dodatnia zależność, czyli wraz ze wzrostem wieku rośnie częstotliwość podejmowania zachowań zagrażających zdrowiu (zachowania ryzykowne, tj. szybka jazda samochodem, bez pasów, skoki na bungee itp.).

Test Kruskala Wallisa wskazuje, że są różnice w rozkładach (w wynikach), ale nie wskazuje pomiędzy którymi grupami one występują. Mogą one wystąpić pomiędzy wszystkimi grupami, a może tylko pomiędzy dwoma. W celu weryfikacji pomiędzy którymi grupami są różnice, zastosowano testy *post hoc*, gdzie hipoteza zerowa głosi, że:

$H_0: F_i(x) = F_j(x)$ – czyli nie ma różnic w rozkładach pomiędzy i-tą i j-tą grupą

$H_1: F_i(x) \neq F_j(x)$ dla pewnych par (nie musi być dla wszystkich) czyli pomiędzy, którymi grupami występują różnice).

Tabela 4. Statystyki opisowe dla wieku, w podziale ze względu na pytanie 5

Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
a	2	40,5	2,12	1,50	39	39	40,5	42	42
b	5	56,6	12,99	5,81	40	46	61,0	66	70
c	7	37,1	9,48	3,58	21	31	39,0	46	48

Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
d	54	38,8	8,58	1,17	13	34	38,0	43	66
Ogółem	68	40,0	9,95	1,21	13	34	39,0	43	70

Legenda: a – uważam się za osobę tylko w niektórych wymiarach zdrową; b – uważam się za osobę chorą;
c – uważam się za osobę z niepełnosprawnością; d – uważam się za osobę chorą z niepełnosprawnością.

Źródło: badania własne.

Łącznie na pytanie 5 udzieliło odpowiedzi 68 osób. Pytanie 5 było następstwem pytania dotyczącego czy respondent uważa się za osobę w pełni zdrową (pyt. 4). 68 osób zaznaczyło odpowiedź „nie”, co w konsekwencji dało 68 odpowiedzi w kolejnym pytaniu. Z uwagi na niezbyt liczne odpowiedzi w przypadku odpowiedzi a / b / c szczegółowej analizie poddano jedynie odpowiedzi d oraz ogółem wszystkie odpowiedzi. Średni (przeciętny) wiek chorych osób z niepełnosprawnością wyniósł 38,8 lat. W przypadku odchylenia standardowego średnio rzecz biorąc wiek chorych osób z niepełnosprawnością odchyła się od wartości przeciętnej $\pm 8,58$ roku. Błąd standardowy w tym przypadku 1,17 tzn. średnio rzecz biorąc gdybyśmy wielokrotnie pobierali próbę osób chorych z niepełnosprawnością, ale zawsze 68-osobową to w przypadku średniej myliliśmy się $\pm 1,17$ roku. Kwartył pierwszy (Q25) wynosi 34 lata, co oznacza, że przynajmniej 25% osób chorych z niepełnosprawnością było młodszych niż 34 lata. Mediana (Me) wynosi 38 lat, tj. przynajmniej 50% osób chorych z niepełnosprawnością było młodszych niż 38 lat, natomiast kwartył trzeci (Q75) wskazuje, że przynajmniej 75% osób chorych z niepełnosprawnością było młodszych niż 43 lata. Podobne analizy można odnieść do całości pytania. Średni (przeciętny) wiek osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie 5 wynosi 40 lat. Odchylenie standardowe w tym przypadku wynosi $\pm 9,95$ roku. Błąd standardowy przy grupie 68-osobowej wynosi $\pm 1,21$ roku. Kwartył pierwszy (Q25) podobnie jak przy obliczeniach dla d wynosi 34 lata. Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku obliczeń dla Q75, którego wartość pokrywa się z obliczeniami dla d – w obu przypadkach możemy uznać, że przynajmniej 75% osób, które nie uznają się za osoby w pełni zdrowe (cała kategoria odpowiedzi w pytaniu 5) było młodszych niż 43 lata. Mediana dla ogółu odpowiedzi wynosi 39 lat, co oznacza że przynajmniej 50% osób, które odpowiedziały na pytanie 5 było młodszych niż 39 lat.

Na podstawie dalszych obliczeń odrzucono hipotezę zerową (testu H Kruskala Wallisa) głoszącą, że są różnice w rozkładach w poszczególnych podgrupach (wariant choroby) – są to zmienne zależne. Test ten wskazuje, że są różnice w rozkładzie wieku w poszczególnych podgrupach chorych podzie-

lonych ze względu na rodzaj choroby / niepełnosprawności (tabela 5: statystyka $H = 8,345$ z $p = 0,039$).

Tabela 5. Statystyki H Kruskala-Wallisa na różnice wieku, w podziale ze względu na pytanie 5

	N	Suma	Średnia ranga
a	2	78,0	39,00
b	5	293,5	58,70
c	7	219,0	31,29
d	54	1755,5	32,51
H	8,345		
p	0,039		

Źródło: badania własne.

Test ten nie wskazuje czy różnice są pomiędzy wszystkimi podgrupami, czy tylko pomiędzy niektórymi. W związku z tym przeprowadzono testy *post hoc*, które wykażą pomiędzy którymi grupami występują różnice.

Tabela 6. Prawdopodobieństwa obserwowane testu *post hoc* dla wieku – nieparametryczna analiza wariancji (test Kruskala-Wallisa)

	a	b	c	d
a		0,701	0,971	0,976
b	0,701		0,132	0,045
c	0,971	0,132		0,999
d	0,976	0,045	0,999	

Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonych obliczeń wynika, że istotne różnice w wieku występują tylko pomiędzy grupą b i d ($p = 0,045$) czyli pomiędzy osobą chorą, a osobą chorą z niepełnosprawnością. Patrząc na statystyki opisowe można zauważyć, iż osoby chore są starsze (najstarsze) niż osoby chore z niepełnosprawnością.

Jak wspomniano na początku pozostałe zmienne nie wykazują istotnych zależności statystycznych w odniesieniu do wieku.

Wyszktałcenie a subiektywnie odczuwany stan zdrowia badanych

W przeprowadzonych analizach statystycznych dotyczących wykształcenia zastosowano nieparametryczny współczynnik korelacji tau Kendalla, nieparametryczną analizę wariancji oraz test U Manna Whitneya. Podobnie jak w przypadku wieku, szczegółowej analizie i interpretacji zostaną pod-

dane jedynie te zależności, które są statystycznie istotne. Tabela 7 przedstawia wyniki zbiorcze dla zależności pomiędzy wykształceniem a poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 7. Wyniki zbiorcze dla zależności poszczególnych zmiennych

Zmienna	Wykształcenie	Zmienna	Wykształcenie
Pytanie 1	Tak	Pytanie 7	Nie
Pytanie 2	Nie	Pytanie 8	Nie
Pytanie 3	Nie	Pytanie 9_1	Nie
Pytanie 4	Nie	Pytanie 9_2	Nie
Pytanie 5	Nie	Pytanie 9_3	Nie
Pytanie 6_1	Nie	Pytanie 9_4	Nie
Pytanie 6_2	Tak	Pytanie 9_5	Tak
Pytanie 6_3	Nie	Pytanie 9_6	Nie
Pytanie 6_4	Nie	Pytanie 9_7	Tak
Pytanie 6_5	Nie	Pytanie 10_1	Tak
Pytanie 6_6	Nie	Pytanie 10_2	Tak
Pytanie 6_7	Nie	Pytanie 10_3	Tak

Źródło: badania własne.

Na podstawie zbiorczych wyników dalszej szczegółowej analizie statystycznej poddano następujące zmienne:

- ocena zdrowia fizycznego (pyt. 1);
- racjonalne odżywianie (pyt. 6_2);
- nadużywanie leków (pyt. 9_5);
- niestosowanie się do zaleceń lekarzy (pyt. 9_7);
- przekonanie o znaczeniu i wartości zdrowia... (pyt. 10_1);
- traktowanie zdrowia jako zasobu (bogactwa) dla społeczeństwa... (pyt. 10_2);
- traktowanie zdrowia jako środka umożliwiającego lepszą jakość życia (pyt. 10_3).

Szczegółowe obliczenia istotnych zależności obliczono, wykorzystując nieparametryczny współczynnik tau Kendalla. Obliczone wartości statystyczne dla badanych par zmiennych prezentuje tabela 8.

Jedynie ujemna zależność jest dla pyt. 9_7 czyli stosowanie się do zaleceń lekarzy. Oznacza to, że wraz z wyższym stopniem wykształcenia (wykształcenie było porangowane: a) podstawowe, b) gimnazjalne, c) średnie, d) wyższe) częściej ludzie nie stosują się do zaleceń lekarzy. W pozostałych pytaniach, w których wyliczono zależności statystycznie istotne, występuje dodatnia zależność, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym respondenci

oceniamy lepiej stan własnego zdrowia fizycznego (pyt. 1), racjonalniej się odżywiamy (pyt. 6_2), nadużywamy leków (pyt. 9_5). Wraz ze wzrostem wykształcenia respondenci częściej są przekonani o znaczeniu i wartości zdrowia (pyt. 10_1), częściej zgadzają się ze stwierdzeniem, że zdrowie jest zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gdyż tylko zdrowe społeczeństwa są w stanie generować dobra materialne i kulturalne i dążyć do rozwoju (pyt.10_2) oraz częściej zgadzają się ze stwierdzeniem, że zdrowie jest środkiem umożliwiającym lepszą jakość życia (pyt. 10_3). Wszystkie wartości współczynników wskazują na niskie lub bardzo niskie zależności zmiennych.

Tabela 8. Wartości statystycznie istotnych współczynników korelacji tau Kendalla dla badanych par zmiennych

Para zmiennych	Tau	p
Wykształcenie i pytanie 1	0,13	0,001
Wykształcenie i pytanie 6_2	0,15	0,000
Wykształcenie i pytanie 9_5	0,08	0,037
Wykształcenie i pytanie 9_7	-0,11	0,006
Wykształcenie i pytanie 10_1	0,14	0,000
Wykształcenie i pytanie 10_2	0,09	0,020
Wykształcenie i pytanie 10_3	0,12	0,001

Źródło: badania własne.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych można stwierdzić, że zmienna wiek jest statystycznie zależna jedynie w kilku przypadkach:

- im starsi respondenci, tym gorzej oceniają swój stan zdrowia fizycznego;
- im starsi respondenci, tym niżej oceniają podejmowaną przez siebie aktywność fizyczną;
- im starsi respondenci, tym niżej oceniają utrzymanie higieny ciała i otoczenia;
- im starsi respondenci, tym niżej oceniają dbanie przez o bezpieczeństwo (w domu, samochodzie, pracy);
- im starsi respondenci, tym wyżej oceniają częstotliwość podejmowania przez siebie zachowań ryzykownych tj. szybka jazda samochodem, bez pasów, skoki na bundee;
- istotne różnice występują w przypadku osób oceniających się jako „cho-re” a „chore z niepełnosprawnością” – ci pierwsi są najstarsi.

Wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększa się akceptacja na traktowanie zdrowia jako wartości autotelicznej (cennej samej w sobie) oraz instrumental-

nej (będącej narzędziem do osiągania własnych celów). Chociaż z przeprowadzonych badań wynika, że wartości współczynników wskazują na niskie zależności, świadomość respondentów o znaczeniu zdrowia w życiu jednostki i grup społecznych daje podstawy do założenia, że w mniejszym stopniu należy się koncentrować na tego typu kwestiach w przypadku osób lepiej wykształconych. Odwrotnie, gdy uczestnikami programów profilaktycznych czy edukacyjnych będą osoby z niższym wykształceniem, uwzględnianie tematów obejmujących podejście do zdrowia jako wartości winno stanowić ich kluczowy element.

Z przeprowadzonych badań wynika, że im wyższe wykształcenie mają respondenci, tym lepiej oceniają stan zdrowia fizycznego i racjonalniej się odżywiają, jednocześnie nie stosują się do zaleceń lekarzy i nadużywają leków. Można założyć, że dwie ostatnie kwestie są ze sobą powiązane, a nadużywanie leków może być konsekwencją samodzielnej próby leczenia w przypadku rozmaitych dolegliwości. Uwzględnienie tych aspektów w projektowaniu programów edukacyjnych i profilaktycznych skierowanych do ludzi lepiej wykształconych jest zatem uzasadnione.

Uzyskane wyniki pozwalają na uwzględnienie tych zależności w projektowaniu programów edukacyjnych i profilaktycznych dla mieszkańców Tychów, szczególnie gdy są opracowywane dla starszych wiekiem mieszkańców. Programy te powinny zawierać głównie elementy związane z dbałością o zdrowie fizyczne, podejmowaniem aktywności fizycznej przez osoby dorosłe. Również aspekt higieny ciała i otoczenia winien być wyeksponowany w tego typu opracowaniach. Należy też zwrócić uwagę na zachowania ryzykowne, które częściej podejmują starsi wiekiem, uwzględniając tendencje do częstszego inicjowania ryzykownych zachowań, tj. szybka jazda samochodem, bez pasów czy skoki na bungee. Kwestie związane z piciem alkoholu, paleniem papierosów czy braniem narkotyków w przeprowadzonych badaniach nie wykazały istotnej zależności z wiekiem respondentów.

Bibliografia

- Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (red.), (2008), *Teoretyczne podstawy konstruowania programów dla potrzeb promocji zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. 1: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.
- Głąbicka K., (2004), *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Instytutu Technologii i Eksploatacji, Radom.
- King B.M., Minium E.W., (2009), *Statystyka dla psychologów i pedagogów*, PWN, Warszawa.

- Stanisz A., (2006), *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, t. 1: *Statystyki podstawowe*, StatSoft, Kraków.
- Woynarowska B., (2007), *Edukacja zdrowotna*, PWN Warszawa.

Źródła internetowe

- Czapiński J., Panek T., (2014) *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/DS2013/Raport_glowny_Diagnoza_Spoleczna_2013.pdf (data pobrania: 9.07.2015).